

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juin 1904 à 1 heure.

PAR

Maurice PRUVOST

Né à Paris le 17 Février 1879:

ESSAI

SUR LES MANIFESTATIONS INFECTIEUSES

DE LA

TYPHILITE LATENTE

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, professeur.

ROGER, BEZANÇON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.....	}	GUYON.
		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LANDOUZY

Professeur de Clinique médicale.
Membre de l'Académie de médecine.

ESSAI
sur les Manifestations infectieuses
DE LA
TYPHLITE LATENTE

INTRODUCTION
DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET

En appelant l'attention des observateurs sur l'intérêt clinique qu'il y aurait, à rattacher à une inflammation plus ou moins latente du cœcum et d'une partie du côlon ascendant, certaines manifestations morbides éloignées, qui évoluent dans des conditions spéciales, nous n'avons pas la prétention d'établir une nouvelle distinction entre la typhlite et l'appendicite, ni de contester la large part attribuée, depuis plusieurs années, à la seconde, au détriment de la première.

Notre dessein est plus restreint, et nous serons pleinement satisfait, si, dans la mesure de nos faibles moyens, nous pouvons seulement contribuer à réha-

biliter un peu l'ancienne typhlite, aujourd'hui bien déchue, en l'aidant à reconquérir, dans les premières phases non encore contestées de son évolution, le terrain qu'elle a perdu au profit de l'appendicite, dans ce que l'on regardait autrefois comme une période plus aiguë, plus avancée de son développement.

Aucune des affections que relatent nos observations n'ayant entraîné la mort, nous avons été privé, dans cette étude, de la sanction souvent décisive que peuvent surtout fournir des preuves anatomiques, et nous n'avons pu nous appuyer que sur des preuves cliniques. Aussi, bien que celles-ci nous aient paru suffisantes pour établir la conviction dans notre esprit, nous ne nous dissimulons pas que nos juges, et les lecteurs qui nous feront l'honneur de nous parcourir, pourront se montrer plus exigeants.

Quoiqu'il en soit, nous allons exposer nos idées avec confiance, soutenu par l'espoir qu'il nous sera tenu compte des efforts que nous avons faits, pour projeter un peu de lumière sur cette question toujours si pleine d'actualité de la typhlite.

Disons d'abord que, sous le vocable de typhlite latente, nous entendons toute inflammation du cœcum, à réaction locale peu marquée, capable de déterminer, par la pénétration dans l'organisme des produits toxi-infectieux dont elle est le foyer, diverses manifestations morbides, le plus souvent légèrement fébriles, mais quelquefois aussi apyrétiques.

A propos de chaque observation, nous ferons

valoir les raisons qui autorisent, selon nous, à regarder, comme résultant d'un foyer toxi-infectieux cœcal, les accidents que nous aurons relatés. Pour terminer, nous exposerons, sous forme de conclusions, les considérations diverses auxquelles nous paraîtront avoir donné lieu les observations que nous allons maintenant présenter.

Moins pour obéir à une nécessité d'ordre, que pour rendre plus facile la lecture de ce travail, nous avons divisé en quatre groupes les phénomènes morbides infectieux, qui nous ont paru pouvoir être rattachés à une typhlite latente :

Dans le premier groupe, nous avons rangé différents cas d'accidents rhumatismaux et névralgiques ;

Dans le deuxième, certains troubles inflammatoires et congestifs du foie ;

Dans le troisième, quelques accidents céphalalgiques, accompagnés ou non de fièvre ;

Enfin, nous avons réuni, dans un dernier groupe, certaines manifestations broncho-pulmonaires plus ou moins fébriles.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

Accidents rhumatismaux et névralgiques.

OBSERVATION I

Rhumatisme deltoïdien.

M. E..., 42 ans, est d'une bonne constitution, et d'hérédité plutôt nerveuse qu'arthritique. Depuis très longtemps, il est obligé de lutter contre une constipation opiniâtre, et a présenté vers l'âge de 35 ans, quelques signes de typhlite stercorale, qui se sont dissipés lentement, mais sans avoir jamais paru offrir de gravité bien marquée. Il est seulement resté, depuis cette époque une prédisposition facile à une distension gazeuse passagère de la région.

Les selles obtenues chaque jour, soit au moyen de laxatifs divers, particulièrement l'huile de ricin, soit au moyen de lavements, sont molles et parfois un peu fétides.

Le 19 mars 1901, sans avoir présenté le moindre malaise les jours précédents, M. E..., est pris de douleurs vives dans la région du deltoïde gauche, 24 heures après l'ingestion d'un pâté de foie gras, dont le goût lui avait paru suspect, et qu'il n'avait continué à manger, que par une sorte de respect humain.

Ces douleurs, que l'examen des mouvements actifs et passifs, combiné avec le palper, fait bien reconnaître pour appartenir à

un rhumatisme deltoïdien, sont assez fortes pour troubler le sommeil pendant les trois premières nuits, et empêcher le malade de s'habiller ou de se déshabiller seul.

Pendant les premiers jours, la température axillaire varie de 36°8 à 37°2 le matin, et de 37°7 à 38°3 le soir. Elle tombe ensuite pour revenir à la normale, d'abord le matin, puis le soir, vers le huitième jour.

Le ventre, examiné dès le début des accidents, n'est pas douloureux à la palpation, mais il présente une sonorité exagérée, bien limitée à la région du cœcum et du côlon ascendant. Pas de traces de gargouillement à cet endroit ni ailleurs. Rate normale.

Le malade ne se plaint pas de coliques, et n'a que peu perdu l'appétit ; il se soumet volontiers à la diète lactée, et fait usage, tous les deux jours, d'un léger purgatif salin au sulfate de soude. En outre, quatre jours de suite, le salicylate de soude est administré à la dose journalière de 3 grammes.

Les selles, qui d'abord n'étaient pas fétides, le deviennent le troisième jour, et les urines, primitivement limpides, se troublent, et restent pendant quelques jours rouges et peu abondantes.

Le ventre, examiné régulièrement, n'a présenté que peu de variations pendant les huit ou neuf premiers jours. Notons cependant l'existence d'un léger gargouillement dans la région cœcale, du troisième au cinquième jour. Jamais de douleurs, ni spontanées, ni à la pression.

Au douzième jour, la souplesse et la sonorité du ventre sont partout normales, et les douleurs de la région deltoïdienne ont presque disparu.

Par précaution, le malade tout en abandonnant le régime

lacté exclusif, s'abstient encore de viande pendant une huitaine de jours.

Réflexions. — Les conditions dans lesquelles est apparu, puis a évolué le rhumatisme deltoïdien, dont nous venons de relater l'histoire, nous semblent démontrer assez nettement, d'une part, son origine toxi-infectieuse, d'autre part, la localisation, le cantonnement de culture des agents toxi-infectieux, en une région déterminée du tube digestif.

1. — En ce qui concerne le premier point, on nous accordera volontiers qu'un aliment avarié, tel que celui dont il est question, d'origine animale, et déjà détourné artificiellement de son véritable état physiologique, est capable de provoquer dans l'organisme des accidents toxi-infectieux, de la façon suivante.

On peut admettre qu'après une élaboration défectueuse, l'aliment avarié livre à l'absorption une partie de ses ptomaïnes plus ou moins modifiées, tandis qu'une autre partie, entraînée avec la bouillie alimentaire, va porter le trouble dans la nutrition de la muqueuse, en différents points où la résistance est moindre. Là, ce qui reste de l'aliment et de ses ptomaïnes devient un milieu de culture favorable à l'évolution active des germes préexistants, le bacillus colicommunis, par exemple, et à leur exaltation virulente. Il s'ensuit bientôt que ces germes, ou seulement leurs produits de nutrition, pénètrent dans l'organisme avec les ptomaïnes, et, soit par voie

d'élection spéciale, soit par suite d'une moindre résistance accidentelle ou acquise de certains organes, leur action nuisible s'exerce de préférence sur ceux-ci. Cela peut être, comme dans le cas qui nous occupe, le muscle deltoïde.

Remarquons d'ailleurs que cette action ne reste pas longtemps unique, car la perturbation que les ptomaines ou les agents toxi-infectieux apportent dans la vie cellulaire normale, ne tarde pas à amener, soit une production exagérée de matériaux de déchet, soit l'élimination incomplète, ou la destruction insuffisante de ces mêmes produits, véritables leucomaines auto-infectieuses, dont l'action s'ajoute pour exalter la sensibilité des nerfs de la région ainsi envahie et troublée.

2. — Ces réflexions faites sur l'origine toxi-infectieuse du rhumatisme deltoïdien, il nous reste à exposer les raisons, qui nous ont fait regarder le cœcum et une partie du côlon ascendant, comme le foyer de culture, d'où la toxi-infection a ensuite gagné l'organisme.

Si les accidents produits par l'aliment avarié n'avaient été que passagers, non accompagnés de fièvre, ni de réaction apparente dans un point quelconque des voies digestives, nous ne nous serions pas trouvé autorisé à croire à autre chose qu'à une simple absorption de ptomaine, le long du parcours suivi par l'aliment; en un ou plusieurs points du tube digestif.

Si, au contraire, ces mêmes accidents s'étaient prolongés, en s'accompagnant de fièvre, mais sans

provoquer de réaction apparente du côté du ventre, nous aurions considéré comme fort probable l'existence d'un ou de plusieurs foyers infectieux des voies digestives, sans pouvoir cependant en préciser sûrement le siège. Cette conception nous eût, du reste, été suggérée par l'enseignement clinique, que donne assez souvent une maladie infectieuse par excellence, la fièvre typhoïde, pendant les prodromes de laquelle tout signe abdominal peut faire défaut, bien que des foyers infectieux existent déjà au niveau des plaques de Peyer, ou des follicules clos isolés de l'iléon.

Voilà maintenant, qu'en réalité, un signe particulièrement précieux nous est fourni. Non seulement le rhumatisme musculaire se montre violent, déjà tenace dès le début, et s'accompagne de fièvre ; mais il existe, en outre, du météorisme très marqué en une région bien circonscrite, le cœcum, qui a présenté antérieurement des signes d'inflammation. En présence d'une semblable preuve clinique, nous ne croyons pas qu'il soit alors exagéré de notre part, de tirer de l'ensemble des faits une forte présomption en faveur d'un foyer toxi-infectieux cœcal.

Si, en effet, nous mettons de côté certains ballonnements passagers du ventre, qui ne correspondent qu'à un trouble également passager de la digestion, et que nous considérions surtout les réplétions gazeuses anormales d'une certaine durée, allant d'un météorisme léger à un tympanisme prononcé, nous ne pouvons guère, en l'absence d'une obstruction intes-

tinale, ou d'une lésion, soit du péritoine, soit des organes voisins, en trouver une explication plausible, que dans un mauvais fonctionnement persistant, une altération plus ou moins marquée de la partie correspondante du tube digestif. A cet égard, on conçoit qu'un météorisme, uniformément généralisé à tout l'abdomen, ne peut renseigner d'une façon aussi précise qu'un météorisme exactement circonscrit, comme cela existe si fréquemment pour le cœcum et le côlon ascendant.

Dans la circonstance, l'existence antérieure d'une typhlite est venue, dès le début, corroborer notre présomption ; mais, à son défaut, et dans le même ordre d'idées, nous pourrions invoquer d'autres arguments tirés, sinon d'une réceptivité morbide acquise du cœcum, au moins d'une réceptivité spéciale à la région, qu'expliquent à la fois l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'organe ; l'anatomie, par le grand nombre de follicules clos, si prédisposés, comme ceux de la fin de l'iléon, à l'hypertrophie et à l'ulcération ; la physiologie, par le séjour souvent prolongé de la bouillie alimentaire, et de résidus qui peuvent y acquérir un certain degré de putridité ; la pathologie, par la découverte assez fréquente d'ulcérations folliculaires, d'arborisations congestives et inflammatoires, d'épaississements de la muqueuse, sans parler d'autres lésions plus graves.

Quoi d'étonnant ensuite que cette présomption se soit transformée en conviction devant la succession des symptômes, et la marche parallèle qu'ils ont sui-

vie, aussi bien dans leur expression générale, caractérisée par la fièvre, que dans leurs déterminations locales, du côté de l'abdomen et du côté du deltoïde ?

Rappelons seulement la fétidité des selles observées, ainsi que le gargouillement de la fosse iliaque droite, au troisième jour ; la décroissance de la fièvre et de la douleur deltoïdienne, coïncidant avec la décroissance du météorisme abdominal ; le tout, à peu près sans autre médication que la recherche de l'antiseptie intestinale et hépatique, au moyen des purgatifs salins et du salicylate de soude.

Nous nous sommes déjà tellement étendu sur cette première observation, que nous ne voulons pas insister davantage. Pussions-nous avoir réussi à faire accepter la conclusion qui, pour nous, se dégage des diverses considérations dans lesquelles nous sommes entré, conclusion qui n'est autre que la reconnaissance chez notre malade d'une véritable manifestation infectieuse émanant d'une typhlite latente.

OBSERVATION II

Néuralgie lombaire

Mme G., 65 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux, a le visage assez fortement coloré.

Depuis plus de dix ans elle se morphinise régulièrement, d'abord pour calmer des crises gastralgiques, puis pour obtenir

le sommeil, en supprimant une douleur qui revient périodiquement chaque soir dans la masse lombaire droite.

Cette douleur est lancinante, et se manifeste en dehors de tout mouvement. Cependant, elle n'est pas provoquée par la pression sur les apophyses épineuses, et ne présente pas d'irradiations vers le flanc et l'hypogastre.

Obligée de faire elle-même ses piqûres, à la suite de la mort de son mari, la malade finit par avoir les deux cuisses et le bras gauche tout couverts de noyaux de peau sphacelés. Elle dut alors se faire soigner de ce côté, sans renoncer aux piqûres, pour lesquelles elle se confia à l'habileté de sa femme de chambre.

A cette époque, 20 mai 1903, l'appétit était à demi conservé, bien que la langue fût habituellement revêtue d'un enduit blanc, un peu nacré.

Les urines étaient ordinairement rouges et peu abondantes. Le ventre, indolent à la palpation, était partout ballonné, mais avec maximum de sonorité et de tension dans la fosse iliaque et le flanc droits. Rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes ; pas d'engorgement des ganglions inguinaux superficiels ou profonds. Rien de particulier à la région splénique. Les selles, peu régulières et souvent fétides n'étaient obtenues, au moyen de lavements, que tous les deux ou trois jours. La température axillaire, prise pendant quelques soirs, n'excéda jamais 36°4.

La malade fut soumise au régime végétarien et à l'eau, comme boisson, au lieu du vin insuffisamment coupé dont elle faisait usage ; suppression de toute liqueur. La digestion des deux principaux repas fut favorisée par l'administration de cachets alcalins.

Pendant quelque temps, elle fit, chaque matin, alternativement usage d'un peu d'huile de ricin ou de sulfate de soude.

Après une dizaine de jours de ce traitement, la langue était redevenue rose, l'appétit était plus vif, les urines étaient abondantes et claires, et les selles presque normales. Le ventre, de son côté, n'était presque plus ballonné, mais le météorisme persistait à droite, sans douleur et sans empâtement.

Deux ou trois fois, la malade avait essayé, mais en vain, de se soustraire à la piqûre de morphine. La douleur lombaire, quoique moins vive au moment de sa réapparition périodique, le soir, ne tardait pas à devenir insupportable, et la piqûre finissait par s'imposer.

Guérie de ses plaies, mais non du besoin de la morphine, la malade se trouvait en juillet dans un état de santé relativement satisfaisant. L'amélioration obtenue du côté des voies digestives se maintenait; seul persistait le météorisme, nettement circonscrit à la fosse iliaque droite, et à une partie du flanc correspondant. La malade, continuant à suivre le régime végétarien, partit pour la campagne.

Le 21 janvier 1904, les piqûres faites au bras droit ont provoqué le développement de cinq ou six petits phlegmons sous-cutanés, qui menacent de se rejoindre et d'envahir tout le membre. La malade se résigne, cette fois, à interrompre complètement les piqûres, auxquelles sont substituées, d'abord des pilules de morphine, puis des pilules d'extrait thébaïque à doses peu à peu décroissantes.

Du côté du ventre, la situation est la même qu'il y a six mois; la souplesse existe partout; le météorisme de la fosse iliaque persiste seul.

Les douleurs lombaires sont moins fortes, mais elles ont

conservé leur périodicité, et l'usage de l'opium reste nécessaire jusqu'au 1^{er} février.

A cette époque, des pointes de feu sont appliquées tous les deux jours, d'abord à la région lombaire, puis à la région de la fosse iliaque, vers 6 heures du soir, en vue d'une action plus prochaine sur l'accès névralgique. Le chloral est administré pendant trois soirs, à la dose de 1 gramme, à l'exclusion de l'opium; puis le bromure de potassium est donné seul, d'abord à la dose de 2 grammes, et ensuite de 1 gramme.

Le météorisme de la fosse iliaque disparaît après la quatrième application de pointes de feu, ce qui n'empêche pas d'en faire encore deux dernières applications. La douleur lombaire est maintenant insignifiante, et tout calmant est supprimé à partir du 12 février. Malgré cette suppression, la malade continue à bien aller, et observe scrupuleusement son régime.

A la fin de février, elle ne se plaint plus de douleurs, et la guérison se maintient.

Réflexions. — Malgré l'absence d'irradiations douloureuses vers le flanc et l'hypogastre, nous avons pensé qu'il s'agissait plutôt ici d'une névralgie lombaire, ou lumbago neuropathique, que d'un lumbago ordinaire, c'est-à-dire du rhumatisme de la masse sacro-lombaire. L'ancienneté de la douleur, sa périodicité, sa spontanéité, son caractère lancinant, et son siège unilatéral, sont les principales raisons qui nous ont fait adopter ce diagnostic.

D'un autre côté, nous n'hésitons pas à reconnaître que la pathogénie de cette névralgie présente un caractère assez complexe.

Elle est survenue, en effet, chez une candidate à la névropathie, dont le système nerveux a été vite ébranlé par l'usage trop peu calculé du vin et même des liqueurs. Il est d'ailleurs probable que ce genre de vie n'a pas été étranger à l'apparition des crises de gastralgie.

Il convient donc d'admettre que l'éthylisme a joué un rôle dans le développement et le maintien de la névralgie lombaire ; mais, de même que chez un dyspeptique, dont la nutrition générale est habituellement viciée, l'existence d'une dent cariée est nécessaire, pour expliquer la névralgie dentaire, qui survient à l'occasion d'un léger embarras gastrique ; de même, en l'absence de toute compression nerveuse, et malgré la tare, résultant d'un certain degré d'éthylisme, il nous paraît difficile d'expliquer ici la névralgie lombaire, sans l'existence d'une source infectieuse de voisinage. La métamérie nous offre, en cette circonstance, un précieux appui d'interprétation.

En raison de l'existence des segments naturels, dans lesquels on peut décomposer la moelle, on sait que la souffrance d'un organe quelconque est transmise par l'intermédiaire de ses nerfs sympathiques à un de ces segments, qui se trouve par là impressionné ; mais comme les viscères sont à peu près insensibles normalement, et que nous n'avons jamais occasion de les toucher, il se commet une sorte d'erreur psychique dans la localisation, et la souffrance est reportée à la périphérie, en particulier aux points

qui, étant le plus directement en relation par leurs nerfs sensitifs, avec le même segment, lui transmettent habituellement leurs sensations ; ainsi s'explique la douleur réfléchie.

Chez notre malade, ancienne gastralgique, qui était restée dyspeptique, et dont les résidus digestifs devaient garder habituellement, du fait d'une élaboration imparfaite, des propriétés particulièrement fermentescibles, il est donc rationnel d'admettre l'existence d'une altération déjà ancienne du cœcum et du colon ascendant, à réveil périodique vespéral, sous l'influence évolutive et elle-même intermittente des agents pathogènes de la région. On sait, en effet, que beaucoup d'affections chroniques du tube digestif sont ainsi sujettes à des exacerbations vespérales, sous forme de douleurs ou de fièvre.

Le long temps qu'il a fallu pour amener, d'abord la sédation, puis la disparition des accidents, est plutôt une preuve en faveur de la conception que nous défendons, d'un foyer toxi-infectieux dans le cœcum. En effet, non seulement l'affection était ancienne, mais un certain degré d'éthylisme combiné avec le morphinisme, avait frappé les tissus de déchéance, et il n'est pas étonnant que leur réintégration ait été si lente à obtenir.

Du reste, comme dans l'observation précédente, il est à remarquer que la marche décroissante des accidents névralgiques a été en rapport avec celle des symptômes abdominaux.

Il n'est pas jusqu'à l'action révulsive des pointes

de feu que nous ne puissions invoquer à l'appui de notre interprétation.

Leur bonne influence, en effet, ne s'est complètement fait sentir, que lorsque leur application a intéressé à la fois la zone iliaque et la zone lombaire métamériques. Or, bien que la névralgie lombaire ne se soit pas accompagnée, comme cela a lieu ordinairement, d'irradiations douloureuses vers la zone iliaque, on est en droit de penser qu'une révulsion, à ce niveau, a pu agir, comme dans la zone lombaire, par une sorte de réflexe retourné, en modifiant d'abord le centre médullaire de ce réflexe, et en amenant ensuite une double conséquence : d'un côté, l'apaisement de la douleur, de l'autre, un surcroît d'énergie fonctionnelle de l'organe lésé, un processus plus marqué vers la réparation des tissus, et, comme manifestation objective, la disparition du météorisme.

OBSERVATION III

Pleurodynie.

Mme C..., blanchisseuse, âgée de 38 ans se présente à la consultation de l'hôpital d'Auteuil, en novembre 1902.

Elle se plaint depuis huit jours d'une douleur assez vive, dans la partie antéro-latérale droite du thorax, au niveau des septième et huitième espaces intercostaux. Cette douleur, du

reste, assez mal circonscrite, est moins vive à la pression que dans les mouvements du tronc. Pas de points limités où elle soit accrue par la pression, ou autrement. Elle présente un peu d'exacerbation vespérale.

L'auscultation et la percussion ne font rien découvrir d'anormal du côté du poumon et de la plèvre.

Le foie déborde les fausses-côtes d'un travers de doigt. Le palper de sa face inférieure n'est pas douloureux.

Le ventre est nettement météorisé dans la région du cœcum et d'une partie du côlon ascendant, et il existe un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La malade, habituellement constipée, n'a pas été à la garde-robe depuis deux jours; mais elle y avait été plusieurs fois depuis le début de sa douleur. Elle mange assez souvent de la charcuterie.

Sa profession, et les demi-aveux qu'elle fait, font penser à une certaine intempérance de vin et de liqueurs.

Il n'y a pas d'apparence de fièvre, mais l'appétit a diminué, et la langue est légèrement saburrale.

Le sulfate de soude est conseillé pendant quelques jours, d'abord à dose purgative, puis à dose laxative. Trois jours de suite, la malade prend vers le soir 0 gr. 50 de sulfate de quinine, et fait des applications de cataplasmes sinapisés sur la région douloureuse.

Comme alimentation, soupes, potages, œufs, purées de légumes, et eau comme boisson.

Le quatrième jour, la douleur a presque disparu, mais le météorisme de la fosse iliaque persiste, sans gargouillement. La malade dit avoir eu des selles fétides.

Le huitième jour, le ventre présente partout une souplesse et une sonorité normales. Depuis deux jours, la malade n'accuse

plus la moindre douleur ; le foie a repris son volume normal.

Un régime moins sévère lui est permis ; elle est revue huit jours plus tard, et la guérison se maintient.

Réflexions. — Le diagnostic de pleurodynie semble s'imposer dans cette observation, à l'exclusion de l'hépatalgie, en raison de l'absence de sensibilité du foie à la pression profonde.

Cependant, tout en éloignant l'idée que cet organe ait été le siège direct de la douleur, nous pensons qu'on peut lui attribuer une part d'influence dans la détermination de la pleurodynie, étant donné la phase congestive qu'il a traversée. Nous allons, du reste, nous expliquer plus loin sur ce point.

Nous ne reviendrons pas sur les raisons que nous avons déjà données dans les précédentes observations, et qui peuvent s'appliquer ici, pour faire accepter l'existence d'un foyer toxi-infectieux dans le cœcum.

Rappelons seulement que la malade était habituellement constipée, et que cette infirmité, aidée d'un certain degré d'éthylisme, avait dû créer une sorte de réceptivité morbide de la muqueuse cœcale. Dans ces conditions, il a pu suffire d'une digestion un peu plus laborieuse que de coutume, de l'ingestion d'une viande de porc suspecte, pour exalter la vitalité des microbes habituels de l'intestin, et les transformer, dans un milieu prédisposé, en agents toxi-infectieux.

Ceci admis, on comprend que les produits toxi-infectieux aient pénétré dans la circulation porte

et jeté le trouble dans les fonctions de l'organe hépatique, déjà prédisposé, déchu, par l'intempérance de la malade. Ce trouble, cet état morbide, trop peu prononcé pour éveiller une sensation de souffrance dans le foie, a été suffisant pour provoquer une douleur réfléchie dans le territoire métamérique correspondant.

OBSERVATION IV

Névralgie périarticulaire.

M. T..., maçon, âgé de 22 ans, se présente à la consultation de l'hôpital d'Auteuil, en juin 1903.

Ce malade, qui paraît d'une bonne constitution, souffre depuis dix jours au niveau du genou gauche, de douleurs très vives, qui, relativement supportables au début, l'empêchent maintenant de travailler.

Ces douleurs ne semblent pas très profondes, et si elles sont augmentées par les mouvements actifs, elles éclatent même à l'état de repos, sous forme de secousses, et sont exaspérées par la pression à certains endroits, surtout en avant et en dehors du condyle externe. Il y a de la raideur dans les mouvements, et il faut distraire un peu l'attention du malade pour le bien examiner. On ne constate, du reste, ni épanchement articulaire, ni gonflement apparent des tissus mous ou durs. Le périmètre de l'articulation est le même que celui de droite. Il n'y a pas la moindre sensation de craquement dans les mouvements passifs que l'on imprime à l'articulation.

Le malade se rappelle avoir fait, il y a quinze jours, une chute sur le genou, qui ne détermina ni plaie, ni gonflement, ni douleurs, pendant les premiers jours.

Des pointes de feu ont déjà été appliquées, mais sans succès.

Le malade a un peu perdu l'appétit depuis quelques jours, sa langue est légèrement chargée. Mentionnons ce fait qu'il prend un litre et demi de vin par jour.

L'examen du ventre fait découvrir une exagération de la sonorité dans la fosse iliaque droite, avec un peu de douleur à la pression. Cette douleur ne se manifeste pas spontanément, et est bien en dehors du point de Mac Burney.

Il n'y a pas de constipation.

Le foie ne présente rien de particulier, non plus que la rate.

Le malade est soumis au régime exclusif du lait ; il doit prendre chaque matin, pendant cinq jours, 10 grammes de sulfate de soude, et chaque après-midi, 0 gr. 40 de sulfate de quinine. Frictions matin et soir sur la région malade, avec du baume tranquille.

Après cinq jours de traitement, la douleur a presque disparu au niveau de l'articulation, et n'existe plus dans la fosse iliaque ; il persiste seulement en cet endroit, encore un peu de météorisme ; continuation du régime.

Quatre jours plus tard, le météorisme a disparu, et le malade ne souffre plus du tout du genou. Il est autorisé à reprendre son régime alimentaire ordinaire, mais il ne doit prendre que de l'eau à ses repas.

La douleur n'a pas reparu au bout de huit jours.

Réflexions. — La névralgie des nerfs périarticulaires chez le malade qui fait le sujet de cette observa-

tion, pourrait peut-être s'appeler aussi bien arthralgie, à cause de la contracture passagère, opposée aux mouvements passifs imprimés à l'articulation ; nous préférons cependant la première appellation, à cause de la grande facilité avec laquelle cessait cette contracture, quand on détournait l'attention du patient.

Comme chez la malade de la précédente observation, nous croyons que l'éthylisme a eu ici une large part d'influence, par la prédisposition morbide dont il a frappé, non seulement le cœcum, mais d'autres tissus et d'autres organes, comme le genou, sur lequel un traumatisme de peu d'importance a joué ensuite le rôle de cause occasionnelle.

Nous n'avons plus affaire dans la circonstance à une douleur réfléchie, comme dans les deux précédentes observations, mais à une douleur directement occasionnée, comme dans la première, par des produits toxi-infectieux, élaborés dans le cœcum, qui leur a servi de foyer de culture.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons déjà dit de l'action perturbatrice de ces produits sur la vie cellulaire normale d'un tissu, devenu *locus minoris resistentiæ*. Cette action s'applique absolument au cas qui nous occupe, et qui ne diffère du premier que par une moindre malignité de la toxi-infection, et aussi une moindre intensité des accidents.

DEUXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Troubles inflammatoires et congestifs du foie.

OBSERVATION V

Cholécystite.

M. G..., 35 ans, d'une bonne constitution, mais fort mangeur, et buveur de vin pur, a été soigné, il y a trois ans, par le Dr Rendu, pour des accidents assez aigus de typhlite.

Il est pris, le 10 janvier 1903, quelques heures après le repas du soir, dans la région de la vésicule biliaire, de douleurs très vives, qui lui font réclamer avec instances une piqûre de morphine.

La tumeur formée par la vésicule n'est pas considérable, et se traduit seulement par saillie un peu arrondie, au-dessous du rebord costal, répondant au bord externe du muscle grand droit. La douleur est bien localisée à ce niveau, et s'exaspère par la percussion, même très superficielle, au point de provoquer des nausées. Pas d'empatement appréciable des tissus au niveau et autour de la tumeur.

L'estomac est un peu dilaté, mais l'abdomen n'est météorisé, d'une façon appréciable, que dans la région du flanc et de la fosse iliaque du côté droit. Du reste, peu de sensibilité à la pression, de ce côté, et pas de gargouillement. Rate normale.

Température : 39° à 10 heures du soir.

Une piqûre de morphine, de 7 à 8 milligrammes, amène un peu de calme et de sommeil.

11 janvier. — Purgatif salin, diète absolue, glace sur le ventre. Température 38°5 ; piqûre de morphine le soir.

12 janvier. — Sulfate de soude à nouveau, et selles fétides ; urines colorées mais sans trouble. Continuation de la glace et administration de 0 gr. 50 de sulfate de quinine dans l'après-midi ; température 37°8.

La vésicule biliaire est moins sensible et très réduite. Le ventre reste météorisé à droite, mais sans douleur.

13 janvier. — Le malade, se sentant un peu d'appétit, a voulu manger un œuf, et a été repris, vers la fin du jour, de fièvre et de douleurs au niveau de la vésicule, d'où nécessité d'une nouvelle piqûre de morphine ; température 38°9.

14 janvier. — Purgatif salin le matin, et sulfate de quinine l'après-midi ; glace sur le ventre et piqûre de morphine ; température le soir 37°7.

15 janvier. — Dernière piqûre de morphine ; température le soir 37°3.

A partir de ce moment, les signes de cholécystite s'atténuent de plus en plus, pour disparaître à peu près complètement huit jours plus tard. Malheureusement le malade, trop pressé de manger, commet des imprudences, et le météorisme de la fosse iliaque, qui n'avait jamais disparu, mais qui était resté indolent, devient plus marqué vers le 22 janvier, et s'accompagne d'une douleur sourde à la pression, localisée à deux ou trois travers de doigt en dehors du point de Mac Burney. Pas d'empâtement profond.

Cette douleur disparaît au bout de trois jours, après des applications continues de glace, et l'observance de la diète au

lait et au bouillon de légumes; mais le malade, qui ne peut s'astreindre à une assez grande sévérité de régime, est repris, dans les premiers jours de février, d'un peu d'endolorissement dans la fosse iliaque.

On se contente alors d'applications de cataplasmes émollients. M. G..., prend en outre, chaque matin, 4 grammes de sulfate de soude.

Pendant quinze jours encore, et à la suite d'écarts tout relatifs de régime, ne consistant guère que dans l'usage d'un peu de viande de poulet ou de mouton, il survient quelques poussées subinflammatoires du cœcum, caractérisées par une augmentation du météorisme de la fosse iliaque, un peu de gargouillement et de douleur à ce niveau, enfin une légère élévation de température le soir, oscillant entre 37°4 et 37°7.

Dans les premiers jours de mars, il n'y a presque plus de météorisme ni de douleurs dans la fosse iliaque.

Le malade quitte Paris, en apparence guéri.

Réflexions. — Cette observation nous a paru doublement intéressante, et par la simultanéité d'existence de la typhlite et de la cholécystite, et par l'opposition successive de gravité que ces deux affections ont présentée dans leur marche; l'une prenant plus d'importance, quand l'autre disparaissait. Le nœud de l'intérêt réside surtout, selon nous, et se concentre en quelque sorte dans leur interprétation pathogénique.

Un premier point qu'on ne peut guère se refuser d'admettre, c'est la priorité très probable de l'évolution de la typhlite actuelle sur celle de la cholécystite.

On sait quelle prédisposition à un retour offensif laisse une première atteinte de l'inflammation du cœcum ; aussi, malgré les symptômes peu marqués d'abord de la seconde typhlite, quand la cholécystite battait son plein, nous pensons que ces symptômes étaient bien significatifs d'une rechute de l'inflammation cœcale. La seule question qui devait rester en suspens était celle de savoir si cette inflammation garderait ou non un caractère torpide.

Mais si cette typhlite, à forme larvée, a précédé la cholécystite, peut-on dire qu'elle l'a occasionnée, qu'elle lui a donné naissance ? Nous ne nous dissimulons pas que la solution de ce problème est délicate.

Il est bien difficile d'admettre la toxi-infection, d'abord par voie ascendante portale, puis par voie descendante biliaire, après action toxique sur la cellule hépatique, bien que ce mode d'évolution ait été proposé pour certaines angiocholites.

Une explication plus plausible est celle de l'infection directe des conduits biliaires par la voie intestinale.

Le milieu duodénal, où se déverse la bile, est l'habitat normal de nombreux germes ; on y a observé le *bacterium coli* commune, et, bien que la bile cystique soit aseptique comme les voies biliaires, à l'état normal, la frontière qui sépare la zone canaliculaire aseptique, de la zone intestinale infectée, peut, dans bien des circonstances, être franchie par les microbes, ou, en tout cas, par leurs toxines. Le

fait peut d'autant plus facilement se réaliser, que la résistance des voies biliaires est diminuée depuis plus de temps, par un régime défectueux, comme c'est le cas ici.

Maintenant, est-on en droit de supposer que les agents toxi-infectieux du cœcum soient remontés jusqu'au duodénum ? Quoiqu'on ait trouvé des bacilles typhiques dans cette partie de l'intestin, nous comprenons que cette opinion, pour être défendue avec succès, aurait besoin d'autres preuves que les preuves cliniques, sur lesquelles seules nous pouvons nous appuyer.

Cependant, tout en tenant compte de la possibilité de l'évolution rapide d'une cholécystite, explicable par un microbisme latent, nous croyons que le cœcum, déjà envahi par une inflammation antérieure a, dans la circonstance, plus de titres à bénéficier de cette interprétation que les voies biliaires ou la vésicule, qui jusqu'alors n'avaient donné lieu à aucune manifestation morbide apparente.

Une autre raison qui pourrait encore nous permettre de n'envisager la cholécystite que comme une complication accidentelle de la typhlite, c'est le peu de durée de la première comparée à celle de la seconde. Si on se reporte, en effet, à l'observation, on voit que la cholécystite semblait à peu près guérie, douze jours après son apparition, tandis que le malade conservait encore des traces de sa typhlite, dans les premiers jours de mars.

OBSERVATION VI

Congestion hépatique.

M. M..., 52 ans, de constitution lymphatique, est atteint depuis l'âge de 20 ans d'une sacro-coxalgie, dans la détermination de laquelle les gonocoques paraissent avoir joué un rôle. Depuis ce temps, sa santé a toujours été un peu chancelante, et il est facilement sujet à des troubles gastro-intestinaux.

A la suite d'une période de constipation, il s'aperçoit, dans les premiers jours de mai 1901, qu'il perd ses forces, que son appétit diminue, et qu'il éprouve une tension pénible du côté du ventre.

A l'examen, qui est pratiqué le 13 mai, on constate du météorisme généralisé, pas au point cependant que la palpation en soit trop gênée. A la région du foie, cette palpation éveille un peu de malaise, et montre que cet organe, uniformément tuméfié, déborde les fausses-côtes de deux à trois travers de doigt ; la rate, elle aussi, est légèrement augmentée de volume ; langue peu saburrale.

Le malade a une teinte subictérique ; la température axillaire du soir est 37°9 ; urines d'un rouge brunâtre, sans sucre ni albumine.

Rien au cœur, ni dans les poumons.

La médication consiste dans l'administration journalière du sulfate de soude, d'abord à dose purgative, puis à petite dose, et dans l'application sur le ventre, répétée deux fois par jour, pendant une heure, d'une serviette imbibée d'eau chaude salée.

Lait et potages comme nourriture.

Le quatrième et le cinquième jours, le malade rend du mucus concrété, au milieu des selles, et, pendant quinze jours, ce phénomène se reproduit encore quatre fois.

Après chaque expulsion de fausses-membranes, le malade éprouve une sorte de défaillance, qui dure plusieurs heures.

Le 27 mai, le ventre n'est plus tendu, et le météorisme ne persiste que dans la région du cœcum et du côlon ascendant. Le foie ne déborde plus les fausses côtes que d'un peu moins de deux travers de doigt, et n'est plus sensible à la palpation. La teinte subictérique est moins prononcée, mais la faiblesse générale persiste. La température est à peu près normale; urines presque ordinaires.

On substitue, à l'application des serviettes imbibées d'eau chaude salée, des lotions rapides d'eau froide vinaigrée, répétées quatre fois par jour.

Le lait est pris à la dose journalière d'un litre et demi, sous forme liquide ou de potages, avec addition de jaunes d'œufs.

La quinine est prise chaque jour à la dose de 0 gr. 20; le calomel est administré deux fois, à deux jours d'intervalle, à la dose de 0 gr. 25 chaque fois; puis on reprend l'usage du sulfate de soude, à la dose de 3 ou 4 grammes chaque matin.

Le 7 juin, le volume du foie est redevenu normal; il en est de même de la rate. Le visage reste pâle, mais la teinte subictérique a disparu, et les forces commencent à revenir. Il y a encore un peu de météorisme au niveau de la fosse iliaque, même parfois un léger gargouillement, mais sans douleur. Jamais le malade n'a présenté de taches rosées, ni à l'abdomen, ni ailleurs. Il prend maintenant des œufs et du pain, des purées

de légumes, lentilles, pois, etc., et se lève plusieurs heures chaque jour.

A la fin de juin, le ventre a repris partout sa souplesse et sa sonorité normales. Les forces sont presque revenues, et le malade part pour la campagne.

Réflexions. — Dans cette observation les signes d'entérite muco-membraneuse, qui sont apparus assez tôt alors que le ballonnement du ventre était encore généralisé, autorisent à penser que cette affection s'étendait ailleurs qu'au cœcum et au colon ascendant ; mais sans vouloir nier la part d'influence que les altérations des autres parties du tube digestif aient pu exercer sur la détermination congestive du foie et l'ensemble des phénomènes généraux, il nous semble que le retrait et la concentration du météorisme vers la fosse iliaque droite, la persistance de ce météorisme, et le gargouillement dont il s'est parfois accompagné, sont des raisons suffisantes pour invoquer, en faveur du cœcum non seulement une prépondérance, mais aussi une priorité d'action dans la toxi-infection de la cellule hépatique par voie ascendante portale, et par suite dans la congestion du foie.

Malgré une augmentation légère et de courte durée du volume de la rate, si nous tenons compte du peu de fièvre qui a existé les premiers jours, de l'absence de taches rosées et de symptômes généraux marqués, et, d'un autre côté, de l'existence des muco-membranes intestinales, tout s'oppose, selon nous à l'idée d'une fièvre typhoïde.

Cependant, comme il convient d'expliquer et ce peu d'augmentation du volume de la rate, et ces symptômes généraux très atténués de fièvre et de faiblesse, nous croyons que la meilleure interprétation qu'on puisse en donner, est de les attribuer à l'envahissement de l'organisme, sinon par les agents infectieux de l'intestin eux-mêmes, du moins par leurs toxines.

Dans sa forme réduite, cette idée d'une sorte de septicémie légère par bactériotoxémie nous semble acceptable au même titre que celle de certaines formes septicémiques de la fièvre typhoïde.

Quant au diagnostic de congestion du foie, dans sa modalité active, nous le trouvons suffisamment établi par les symptômes que nous avons exposés, symptômes qui dépassent les limites de ce qui appartient à la simple hyperhémie fonctionnelle, sans que leur allure et leur durée relativement courte puissent les faire rapporter à un début ou à une phase de cirrhose

OBSERVATION VII

Congestion hépatique.

Mme G..., 52 ans, névropathe, soignée en 1897, alors que la ménopause n'était pas encore établie, pour des accidents utérins, — fongosités du col, — qui paraissent aujourd'hui complètement guéris, était restée depuis ce temps sujette à des trou-

bles intestinaux, caractérisés par des alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis quelque temps, c'est la constipation qui prédominait.

Elle est prise, dans les premiers jours de février 1903, de diminution puis de perte à peu près complète de l'appétit, en même temps que d'un sentiment de faiblesse générale.

La langue est saburrale et un peu jaune. La teinte de la peau est légèrement subictérique; cette teinte s'aperçoit bien surtout aux conjonctives.

Le ventre est médiocrement mais uniformément météorisé, et il existe un peu de gargouillement non douloureux dans la fosse iliaque droite.

Le foie déborde les fausses-côtes d'un bon travers de doigt, et la percussion profonde en est pénible, sinon douloureuse. La rate a son volume normal.

Rien au cœur ni dans les poumons; température axillaire du soir 37°5.

Malgré le peu de fièvre, il existe une légère frilosité que n'explique pas suffisamment la rigueur de la saison, étant donné la bonne température de la chambre où se tient la malade.

Les urines ne présentent rien d'anormal à l'analyse, en ce qui concerne le sucre ou l'albumine; elles sont d'un rouge un peu brunâtre.

Comme prescription : laxatifs légers au sulfate de soude, chaque matin 0 gr. 25 de sulfate de quinine chaque après-midi; cataplasmes sinapisés à la région du foie; serviettes imbibées d'eau chaude salée sur le ventre.

Comme seule nourriture : lait et bouillon de légumes.

Le 15 février, après six jours de cette médication, l'appétit commence à revenir, les forces sont moins déprimées, le ventre

est souple partout, et ne présente plus de météorisme que dans la fosse iliaque droite, avec persistance du gargouillement. Il y a eu des selles fétides pendant deux jours.

Le foie n'a pas encore repris son volume normal, mais la percussion n'en est plus pénible ; la frilosité est moindre, mais n'a pas disparu. La température est à peu près normale.

Le calomel est prescrit à la dose de 5 centigrammes tous les deux jours.

Le 22 février, il n'y a plus ni météorisme, ni gargouillement dans la fosse iliaque, et le foie a repris son volume normal ; la malade est un peu pâle, mais ne présente plus de teinte subictérique ; les forces laissent encore un peu à désirer.

La nourriture consiste maintenant en soupes, potages, œufs et purées de légumes.

Le 4 mars, la malade a meilleure mine, et se sent plus forte ; elle commence à sortir.

Réflexions. — Cette observation se rapproche beaucoup de la précédente dont elle ne diffère guère que par un degré plus atténué de sévérité, l'absence de muco-membranes intestinales, et le maintien du volume normal de la rate.

C'est pourquoi, nous croyons pouvoir nous dispenser de rééditer les raisons que nous avons déjà données, pour établir, d'une part, le diagnostic de congestion du foie, et, d'autre part, la relation pathogénique qui nous a semblé exister, entre les troubles, morbides observés du côté du cœcum, et les phénomènes toxi-infectieux constatés chez la malade, les uns généraux et peu marqués, les autres localisés au foie et plus caractérisés.

Les formes gastro-intestinales de la grippe, qui ont été décrites, s'accompagnent généralement d'un cortège de symptômes autrement pénibles et sévères, que ceux qui ont été relatés dans cette observation. Aussi, nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'insister sur un diagnostic avec cette maladie.

TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Accidents céphalalgiques accompagnés ou non de fièvre.

OBSERVATION VIII

Céphalée arthritique.

M. L..., 65 ans, un peu obèse, de constitution arthritique et longtemps fort mangeur, est obligé depuis quelques années de s'observer beaucoup, parce que ses digestions sont devenues très laborieuses. Chaque crise de dyspepsie un peu sérieuse s'accompagne, pendant 24 à 36 heures, de douleurs assez vives dans la tête, avec affaissement général.

Dans la nuit du 27 novembre 1902, il est pris, d'une façon violente, de douleurs de tête vives, lancinantes et profondes, avec maximum d'intensité à la nuque.

A ce niveau, la peau est soulevée par une sorte de bourrelet, douloureux à la pression, assez épais, et large de 2 à 3 centimètres. Ce bourrelet va d'une apophyse mastoïde à l'autre en suivant, des deux côtés, la ligne courbe occipitale

supérieure et se trouve comme bridé par les insertions musculaires et aponévrotiques de la région.

L'idée d'un érysipèle est écartée, en raison de l'absence de sensibilité cutanée. Le bourrelet n'est pas formé par un épaissement du derme, mais par le soulèvement que fait subir à celui-ci le tissu cellulaire gonflé. D'un autre côté, la rénitence que donne ce gonflement, n'offre ni la tension d'un phlegmon aigu, ni le moindre signe de fluctuation profonde. Il semble bien que l'on soit en présence, sous une forme particulière, d'une de ces tumeurs ou nodosités, que l'on a décrites chez les arthritiques, sous le nom d'œdèmes localisés ou de pseudo-lipomes (Verneuil), de poussées fluxionnaires du tissu cellulaire (Potain), et que l'on regarde comme des manifestations nerveuses vaso-motrices, imputables à la goutte. Etendu sur le lit, le malade remue bien les bras et les jambes, mais il lui serait pénible de se lever. La figure est plutôt pâle que rouge, les yeux non injectés.

Le ventre est modérément tendu, peu ou pas douloureux, avec excès de sonorité ; d'un côté, à la région de l'estomac, dans une zone plus étendue qu'à l'état normal ; de l'autre, à la région de la fosse iliaque et du flanc droits. Le foie ni la rate ne paraissent augmentés de volume. La langue est légèrement saburrale, les urines peu colorées, sans sucre ni albumine.

Rien au cœur, ni dans les poumons ; pouls normal ; température : 37°3.

Prescription : 30 grammes d'huile de ricin ; onctions belladonnées et cataplasme émollient à la nuque.

Après l'effet de l'huile, qui amène une évacuation assez abondante et fétide, des cataplasmes émollients sont appliqués sur le

ventre, et le malade est soumis à la diète hydrique et au bouillon de légumes.

Vers le soir, injection sous-cutanée de 8 milligrammes de morphine, qui calme beaucoup la douleur. Le lendemain, 28 novembre, 1 gramme de sulfate de soude le matin, et 2 grammes de salicylate de soude dans la journée.

Injection de 6 milligrammes de morphine le soir.

Les 29 et 30 novembre, 10 grammes de sulfate de soude le matin, salicylate de soude dans la journée, et pilule de morphine de 1 centigramme le soir, contre le retour périodique de la douleur.

Lait et bouillon de légumes.

Le bourrelet de la nuque a disparu à droite, et est très affaîssé à gauche. De ce côté, encore un peu de douleur à la pression ; continuation de la pommade et des cataplasmes.

Le ventre est redevenu complètement souple, sauf dans la fosse iliaque droite, où la zone de météorisme est nettement circonscrite. Aucune douleur à ce niveau, ni spontanée, ni à la pression, mais de temps à autre, un peu de gargouillement, pendant les jours qui suivent ; température 37°.

A partir de cette époque, le malade va faire, pendant cinq jours, deux applications journalières sur le ventre de serviettes imbibées d'eau chaude salée.

Cinq grammes de sulfate de soude le matin, et 0 gr. 25 de sulfate de quinine l'après-midi.

Le 8 décembre, les dernières traces du bourrelet de la nuque ont disparu, mais les douleurs de tête, quoique très atténuées, ont encore de la tendance à se manifester vers le soir, et le malade continue à prendre vers ce moment une pilule de 5 milligrammes de morphine.

Encore un peu de météorisme au niveau de la fosse iliaque ; continuation du sulfate de soude le matin à la dose de 5 grammes.

Le 12 décembre. — Cessation des pilules de morphine. Disparition du météorisme de la fosse iliaque.

Le malade est autorisé à prendre des œufs et des purées de légumes. Il sort quelques jours plus tard.

Réflexion. — La céphalée violente dont nous venons de rapporter l'observation, n'est autre, on l'a reconnu que la migraine ou céphalée des goutteux. Ce qui la caractérise surtout ici, en dehors de sa violence et de sa durée, c'est une poussée fluxionnaire vers le tissu cellulaire sous-cutané de la nuque. Or, on sait que les poussées de ce genre, qui ont été mentionnées jusqu'à ce jour, reconnaissent principalement pour siège, le front, la face, la base du cou vers la région sus-claviculaire, les bras et les jambes.

Nous devons faire remarquer que la douleur, tout en restant assez bien circonscrite dans la zone du bourrelet fluxionnaire, n'avait pas toute son acuité dans ce bourrelet, car la pression n'y était pas trop pénible. Cette douleur, avec son caractère violent, était sentie plus profondément, et les signes de faiblesse, constatés en même temps dans les membres, autorisent à penser, en raison des connexions de la dure-mère avec les os du crâne et le périoste, soit à une propagation vers les méninges du processus fluxionnaire extra-crânien, soit à une évolution antérieure ou concomitante d'un semblable processus, du côté de la dure-mère.

Sans vouloir généraliser, et étendre à tous les accidents arthritiques le mode pathogénique de l'un d'eux, nous croyons qu'il est rationnel d'attribuer à une toxi-infection intestinale, et particulièrement cœcale, la céphalée arthritique relatée dans cette observation.

A l'appui de cette opinion, nous rappellerons d'abord que le malade était sujet à des crises de céphalée assez fréquentes, se montrant toujours à la suite de troubles digestifs. Or, les raisons que nous avons données, à l'occasion de la première observation, pour expliquer les douleurs rhumatismales du deltoïde, pourraient être invoquées ici.

En effet, la répercussion des troubles digestifs, survenant chez un dyspeptique comme M. L..., avec éclat et retentissement à distance dans un organe, est assimilable à une véritable toxi-infection d'origine intestinale, du genre de celles que nous avons déjà rapportées.

Puisque la marche de l'affection nous apprend que, seul des autres points du tube digestif, le cœcum a présenté des signes objectifs morbides durables, qui ont persisté autant que les accidents céphalalgiques, il nous semble logique de l'incriminer plus particulièrement, en attribuant aux agents toxi-infectieux, auxquels il a servi de repaire, une large part dans les troubles, sinon inflammatoires, au moins nutritifs, dont les tissus conjonctifs et fibreux, intra et extra-crâniens, ont été le siège.

Cette déviation de nutrition suffit à expliquer,

aussi bien la céphalalgie violente et profonde dont a souffert le malade, que l'inertie musculaire, dans laquelle il a été plongé pendant quelque temps, en admettant un épaississement plus ou moins marqué des méninges, et la compression du tissu cérébral.

Du reste, il n'est pas exagéré de penser qu'un certain degré de congestion cérébrale a pu s'ajouter à cette dernière cause, pour amener l'affaissement général.

OBSERVATION IX

Céphalée hystérique.

Mme C..., 32 ans, fille d'une mère syphilitique, est manifestement névropathe, de caractère bizarre, sujette à des changements brusques d'humeur, et a souffert longtemps de migraines fréquentes. Une chose devait surtout y contribuer, le régime défectueux suivi par Mme C..., et composé de mets relevés, de crustacés, de pâtisseries et de liqueurs. La meilleure preuve en est dans la réduction progressive de ces malaises, depuis près de deux ans, grâce à une meilleure observance des lois de l'hygiène.

Néanmoins, à trois mois d'intervalle, en février et en mai 1903, elle fut reprise d'accidents céphalalgiques assez violents, qui évoluèrent chaque fois de la même façon, et à peu près avec le même degré d'intensité.

Chaque fois, et après un repas copieux, la malade fut prise la nuit de douleurs vives dans la région lombaire, lesquelles après quelque temps, remontèrent à la nuque, pour, de là, venir

se circonscrire au crâne, le long de la ligne courbe occipitale supérieure, et au voisinage de la suture sagittale.

En aucune de ces régions, les douleurs ne furent accompagnées d'une augmentation de volume quelconque des tissus; mais tandis qu'elles persistèrent plus de deux jours, aussi bien à l'état spontané qu'à la pression, au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure, et sur une étendue de deux ou trois travers de doigt; celles de la région lombaire et de la nuque disparurent comme douleurs spontanées, tout en conservant la propriété d'être très nettement rappelées par la pression sur les apophyses épineuses.

La malade se trouvait surtout soulagée pendant le repos et dans l'obscurité, et le bruit, comme la lumière, réveillait ses souffrances.

L'appétit était nul, la langue saburrale; pas de nausées; pas de sensibilité exagérée du ventre; mais météorisme circonscrit dans la région de la fosse iliaque et du flanc droits, avec léger gargouillement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Rien d'anormal du côté du foie et de la rate

Urines assez claires et abondantes; pas d'albumine.

La température axillaire, pendant deux soirs, n'excéda pas 37°4.

Le premier jour, la malade prit 25 grammes de sulfate de soude, 10 grammes le lendemain, et 5 grammes ensuite pendant quelques jours; chaque après-midi 0 gr. 25 de sulfate de quinine pendant quatre jours.

Diète hydrique, puis diète lactée, associée à l'administration quotidienne de 2 grammes, puis de 1 gramme de bromure de potassium.

Serviettes imbibées d'eau chaude salée sur le ventre.

Selles férides pendant deux jours.

Du troisième au cinquième jour, disparition des douleurs et retour assez rapide de l'appétit, en même temps que le ventre reprenait partout sa souplesse, et que disparaissait également toute trace de météorisme et de gargouillement.

Réflexions. — Le titre de céphalée chez une hystérique, conviendrait peut-être mieux, pour cette observation, que celui de céphalée hystérique, parce que la névrose ne paraît pas assez dégagée de toute affection concomitante. Le terrain névropathique a pu prêter son influence à une manifestation morbide spéciale, cette manifestation ne lui appartient pas en propre, et le cachet qu'elle revêt cache sa véritable origine, sa paternité larvée.

D'ailleurs point n'est besoin toujours, ce nous semble, de gravité et de longue durée dans les symptômes, pour qu'ils méritent l'épithète d'infectieux, du moment que la marche des accidents, la filiation qu'ils ont suivie, indique, aussi nettement que dans cette observation, un point de départ infectieux.

L'affection eût continué son cours, en évoluant comme une véritable fièvre typhoïde, que la rachialgie du début aurait été acceptée sans contestation, comme un symptôme prodromique de cette maladie. Pourquoi dès lors refuser à des agents moins infectieux que le bacille d'Eberth, à des coli-bacilles, dont la virulence est seulement modérément exaltée, la faculté de provoquer, sinon par eux-mêmes, au moins par

leurs toxines, dans certains organes, une vivacité de réaction, plus en rapport avec la susceptibilité des tissus qu'avec leur propre virulence ? Est-il besoin de rappeler avec quelle facilité vibre la fibre nerveuse, chez les hystériques ou les simples névropathes ?

Pour ces raisons, et pour celles que nous avons déjà développées, en discutant la valeur des diverses observations qui précèdent, nous croyons donc que cette céphalalgie, avec son caractère hystérique, est bien symptomatique d'un état infectieux des voies digestives, et en particulier du cœcum.

OBSERVATION X

Céphalalgie fébrile au cours d'une typhlite.

M. M..., 19 ans, vigoureux en apparence, bien que de constitution un peu lymphatique, est pris le 2 juin 1903, vers 6 heures du soir, de malaises et de frissons, avec violent mal de tête, qui le force à prendre le lit.

Il était bien portant le matin, quoique un peu fatigué par du surmenage d'études.

Il avait déjeuné au restaurant, et le seul aliment suspect qu'on pût incriminer, était un morceau de jambon.

Le ventre est souple non douloureux, mais météorisé à droite, dans la région du flanc et de la fosse iliaque. Pas de dilatation d'estomac ; pas d'augmentation appréciable du volume du foie

ni de la rate; pas d'envie de vomir; pas de langue saburrale. La figure est un peu vultueuse; température $39^{\circ}1$.

Les urines sont normales.

Prescription: lavement purgatif; cataplasme sur le ventre; 0 gr. 50 de sulfate de quinine; potion au bromure de potassium et à l'extrait thébaïque.

Le 3 juin, température 37° ; persistance du mal de tête; le malade a peu dormi; persistance également du météorisme de la fosse iliaque. Le jeune M..., mangerait volontiers.

Prescription: purgatif salin avec 30 grammes de sulfate de soude; diète au bouillon de légumes, additionné d'une petite quantité de lait; maintien des cataplasmes sur le ventre. Nouvelle administration de quinine à 4 heures du soir; ce qui n'empêche pas la température de s'élever, vers 6 heures, à $38^{\circ}5$. L'effet purgatif n'a pas été très marqué; même préparation calmante que la veille, pour la nuit.

Le 4 juin. — Le malade a mieux dormi, mais il se plaint encore de la tête; température, le matin, $37^{\circ}4$; légère douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure; urines rouges, sédimenteuses. 15 grammes de sulfate de soude amènent des selles fétides.

Disparition du mal de tête dans la journée et retour vers le soir. Le malade a faim; on lui permet deux potages au lait. Température, vers 6 heures $1/2$, à $37^{\circ}5$, avant une nouvelle administration de quinine, qui n'a lieu qu'à 7 heures.

Le 5 juin. — Le malade a dormi sans préparation calmante, et se trouve beaucoup mieux. Il n'y a presque plus de douleur ni de météorisme dans la fosse iliaque.

Dix grammes de sulfate de soude sont administrés; bonne journée.

Le 6 juin. — Le ventre a repris partout sa souplesse ; les œufs et les purées de légumes sont permis. Le malade pourra, dans quelques jours, reprendre le cours de ses études, mais en s'abstenant de viande, pendant au moins trois semaines.

Le 16 juillet. — Le jeune M..., a été repris de frissons et de douleur de tête ; mais cette fois, il se plaint en outre d'une douleur spontanée, ou plutôt d'une gêne dans la fosse iliaque droite, en dehors du point de Mac Burney. La pression l'exagère, mais ne fait découvrir aucun empâtement ; il n'y a pas, du reste, de constipation. Il existe de la sonorité exagérée, bien circonscrite à la moitié externe de la fosse iliaque. Pas de météorisme dans le reste du ventre ; température 39°5.

Même médication que le mois précédent ; mais la persistance de la douleur cœcale, à laquelle se joint un peu de gargouillement, pendant quelques jours, se prolonge ainsi que le météorisme, jusqu'au 25 juillet.

La température ne décroît d'une façon notable qu'à partir du 22, et ne revient complètement à la normale que dans les premiers jours d'août.

Les selles ont été fétides pendant plusieurs jours.

Réflexions. — On ne peut nier que les manifestations morbides relatées dans la seconde partie de cette observation, et dont a été victime le jeune M..., se rapportent à une typhlite à forme fébrile assez franche. Elle vient alors constituer une sorte de rechute, et confirmer l'existence d'une typhlite à caractère latent, dans la première partie de l'observation.

Dans ces conditions, il nous reste peu de chose à

dire pour établir que la céphalalgie éprouvée par le jeune M... dans les deux cas, est bien le fait d'une toxi-infection élaborée dans le cœcum. Aux raisons déjà données, qu'il nous suffise d'ajouter, pour expliquer l'action élective de cette toxi-infection vers les organes cérébraux, que le jeune M... se fatiguait beaucoup à l'étude, depuis quelque temps, et qu'il avait ainsi créé un *locus minoris resistentiæ*.

QUATRIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Troubles des voies respiratoires.

OBSERVATION XI

Congestion pulmonaire.

M. T..., 18 ans, d'une bonne constitution et d'une excellente santé habituelle, est renvoyé, le 15 novembre 1901, chez ses parents, d'une école supérieure, où il était élève, parce que depuis quelques jours, il toussait et avait de la fièvre.

L'examen de la poitrine ne fait découvrir ni matité, ni râles, mais seulement un peu de diminution du murmure respiratoire à la base droite.

La toux revient par accès peu fréquents, non pénibles, et ne s'accompagne pas de dyspnée.

L'expectoration est nulle ou constituée par quelques rares crachats ressemblant à de la salive. Pas de point de côté.

La langue est à peine saburrale et l'appétit persiste. Le ventre est souple, mais nettement météorisé au niveau du cœcum et du côlon ascendant. Du reste, pas de gargouillement, pas de douleur à la pression, pas d'empâtement.

Le foie est légèrement augmenté de volume : un travers de doigt à peine ; la rate paraît normale. Les urines sont un peu rouges. Température : 37°8.

Le jeune malade va régulièrement à la garde-robe, mais ses selles sont ordinairement très fétides.

Ajoutons qu'il n'y a aucune prédisposition héréditaire à la tuberculose.

Prescription : purgatif au sulfate de soude ; cataplasmes sur le ventre ; 0 gr. 50 de sulfate de quinine, pendant trois jours ; lait et potages comme seule nourriture.

Pendant trois jours, le jeune T..., continue à prendre un peu de sulfate de soude et rend des selles fétides.

La température baisse rapidement et n'atteint plus guère, vers le cinquième soir, que 36°8 ou 36°9. La toux a complètement cessé au quatrième jour, et le murmure est entendu normalement à la base droite.

Du côté du ventre, le météorisme du cœcum n'existe plus au quatrième jour, et le foie est rentré dans ses limites normales.

Le 22 novembre, le jeune A..., qui, depuis trois jours, prend du pain, des œufs et des purées de légumes, voit sa température remonter à 37°2, sans qu'aucun symptôme fâcheux se produise du côté du ventre. Comme il a hâte de retourner à son école, il promet de s'abstenir de viande, pendant au moins une quinzaine de jours, et reprend le cours de ses études.

Malheureusement il ne tient pas longtemps compte de la recommandation qui lui a été faite, et il est renvoyé de nouveau dans sa famille par le médecin de l'établissement, le 7 décembre, moins à raison de la toux, qui a reparu, qu'à cause de certains signes abdominaux qui font appréhender une appendicite.

En effet, un peu en dehors du point de Mac Burney, il ressent spontanément une douleur qui s'exagère à la pression et s'accompagne d'un excès de sonorité dans la fosse iliaque droite. Pas de sensation d'empâtement. Pas de nausées, mais absence d'appétit, et langue saburrale.

Le foie a de nouveau augmenté de volume.

De nouveau également le murmure respiratoire est moins bien perçu, à la base du côté droit, température 38°8.

Un purgatif doux, de 30 grammes d'huile de ricin, est de suite administré, et provoque l'évacuation de selles très fétides. La quinine est donnée à la dose de 0 gr. 50 par jour, comme la première fois.

Glace sur le ventre, à peu près en permanence, pendant trois jours.

Le malade prend chaque matin, 5 grammes de sulfate de soude.

Lait et bouillon de légumes.

Le 10 décembre. — La température du soir n'est plus que de 37°5, et celle du matin 36°9 ; la toux a cessé, et l'auscultation ne révèle plus rien d'anormal à la base.

Le ventre est encore un peu météorisé, et présente du gargouillement dans la fosse iliaque ; mais la douleur a sinon disparu, au moins beaucoup diminué.

La glace est maintenue appliquée pendant le jour, et les cataplasmes la nuit. La dose journalière de quinine est réduite à 0 gr. 25.

Le 14 décembre. — Température du soir 37°1 ; celle du matin 36°6.

Il n'y a plus ni gargouillement, ni douleur dans la fosse iliaque, et le météorisme lui-même a presque disparu. Le foie est

normal. Suppression de la glace, mais maintien des cataplasmes une partie du jour et de la nuit.

Le malade est autorisé à prendre des soupes, des potages et des jaunes d'œufs, puis, un peu plus tard, des purées de légumes et du pain grillé.

Enfin, après un mois de surveillance, et, lorsque la température est revenue d'une façon constante à la normale, l'usage de la viande est permis, d'abord deux fois, puis trois fois par semaine.

Réflexions. — Cette observation est particulièrement intéressante, à cause de l'interprétation très admissible, à première vue, à laquelle elle pouvait prêter dès le début.

De la toux, avec signes de congestion pulmonaire, fièvre, et cependant conservation de l'appétit chez un jeune homme de 18 ans, il n'en faut pas plus pour faire naître l'idée d'une évolution inflammatoire suspecte, du côté de la poitrine.

D'autre part, il semble bien hasardeux d'étayer un rapport pathogénique entre les accidents pulmonaires et une simple distension gazeuse, sans douleur, de la région cœcale, avec le seul commémoratif de fétidité habituelle des matières, chez un fort mangeur.

C'est cependant, en ne tenant compte que de ces seuls indices, dans la direction du traitement, qu'on a obtenu, chez notre jeune malade, la disparition complète de la toux, et le retour de la température à peu près normale.

Malgré cette preuve donnée par le traitement, l'hésitation était encore bien permise sur l'exactitude de ce diagnostic, si, du fait de l'inobservance de la médication, une nouvelle poussée inflammatoire du cœcum ne s'était pas traduite par des symptômes abdominaux très marqués.

Le premier diagnostic s'est trouvé alors confirmé à peu près de la même façon que dans l'observation X, relative à une céphalalgie fébrile au cours d'une typhlite.

Quant au mode d'évolution de la congestion pulmonaire*, on peut invoquer, pour l'expliquer, l'exaltation vitale que les hôtes microbiens des voies respiratoires, habituellement inoffensifs, ont dû acquérir au contact d'une muqueuse, rendue plus ou moins dystrophique par la dyscrasie sanguine résultant de la toxi-infection cœcale.

D'un autre côté, l'influence métamérique nous paraît pouvoir donner une raison suffisante de la localisation de la congestion pulmonaire, à la base du poumon droit.

En effet, il n'est pas irrationnel d'admettre que l'état morbide du foie, caractérisé par une augmentation de volume, suivie bientôt d'une régression, a dû provoquer par acte réflexe, dans la zone métamérique de cet organe, et même dans la zone limitrophe, une sorte de déchéance nutritive des tissus, une moindre résistance, d'où facilité d'élection pour la toxi-infection émanant du cœcum.

OBSERVATION XII

Congestion et hémorrhagie pulmonaires.

M. B..., 38 ans, de constitution lymphatique, a déjà éprouvé plusieurs atteintes de congestion pulmonaire après ingestion de viande de porc.

En 1896, particulièrement, il a présenté à peu près les mêmes symptômes que ceux relatés dans cette observation. Il a eu de la fièvre, de la diarrhée, de la gêne respiratoire accompagnée de toux et de crachements de sang.

Sa santé s'était bien rétablie, et se maintenait depuis cette époque, à la condition d'observer un régime alimentaire très doux, lorsque le 1^{er} janvier 1899, il fut pris de toux et de gêne dans la respiration, trois jours après avoir commencé à manger de la viande de porc, qui lui avait été envoyée de la campagne.

L'examen du thorax révèle un peu de submatité en arrière, dans le tiers inférieur du poumon droit, avec accompagnement de râles sous-crépitaux.

Il existe de la submatité plus marquée dans la région axillaire du même côté, avec obscurité de la respiration. Crachats muqueux.

Langue saburrale, perte de l'appétit, température 37°9.

Le ventre est tympanisé, surtout à droite ; constipation depuis deux jours ; le foie déborde les fausses-côtes de près de deux travers de doigt ; le volume de la rate semble normal ; les

urines sont rouges et peu abondantes, mais ne contiennent pas d'albumine.

Prescription : Cataplasmes sinapisés en arrière et sur le côté droit du thorax.

Evacuation copieuse, mais pas trop fétide, à la suite de l'administration de 30 grammes d'huile de ricin ; Cataplasmes sur le ventre ; Lait et bouillon de légumes.

Le 2 janvier, dans ses crachats, le malade a rendu du sang noirâtre, mélangé à du sang mousseux et plus rouge.

Vingt ventouses sèches sont appliquées, deux jours de suite, sur le thorax, particulièrement en arrière et du côté droit.

Le ventre est moins tendu dans sa totalité, mais c'est toujours à droite que le météorisme est plus marqué. L'application des cataplasmes est maintenue.

Préparation calmante avec X gouttes de perchlorure de fer.

Une cuillerée à soupe d'huile de ricin est prescrite pour le lendemain.

Température du soir 37°7.

Le 3 et le 4 janvier, il survient de nouvelles selles assez copieuses, mais surtout très fétides.

Le ventre n'est plus météorisé que dans la région du cœcum et du côlon ascendant. A ce niveau, on perçoit, en outre, du gargouillement, mais sans empatement et sans douleur.

Le foie déborde toujours les fausses-côtes.

Le sang continue à exister dans les crachats, mais la toux est plus rare, et la gêne de la respiration est moindre.

Le 6 janvier. — Après une nouvelle application de ventouses sèches, le sang a presque disparu des crachats. Suppression du perchlorure de fer.

Température vespérale 37°3.

Le malade va prendre pendant quelque temps le matin, 5 ou 10 grammes de sulfate de soude, en alternant.

Le 10 janvier. — La percussion du thorax donne une sonorité normale partout, et l'auscultation fait percevoir nettement la respiration sous l'aisselle droite, comme en arrière. Il existe seulement quelques rares rhonchus sibilants.

La langue est redevenue normale, et le malade se sent de l'appétit ; il reste néanmoins au lait et aux potages.

Du côté du ventre, il reste encore un peu de sonorité exagérée et de gargouillement, sans douleur, dans la région cœcale. Température 36°9.

Des serviettes, imbibées d'eau chaude salée, sont appliquées deux fois par jour sur le ventre, pendant quelques jours.

Le foie ne déborde presque plus les fausses côtes.

Le 20 janvier. — Le malade ne tousse presque plus et l'examen du thorax est satisfaisant.

Le ventre a repris partout sa souplesse ; plus de gargouillement ni de météorisme dans la fosse iliaque ; le foie a recouvré son volume normal.

Le malade prend maintenant des œufs, des purées de légumes et du pain grillé. Par précaution, il ne devra faire usage de viande que dans une quinzaine.

Réflexions. — Cette observation ne diffère de la précédente que par un degré plus accusé des accidents, qui ont dépassé les limites de la simple congestion, et sont devenus hémorrhagiques. Du reste, une constitution particulièrement délicate, et l'existence antérieure d'accidents semblables, suffisent amplement à expliquer cette différence de gravité.

En revanche, si les accidents pulmonaires ont été plus sérieux, il n'en est pas de même des accidents abdominaux, qui se sont déroulés sans grand fracas, tandis que chez le jeune malade, qui fait le sujet de la précédente observation, ces accidents — nous voulons parler de ceux observés dans la rechute de la maladie — ont été plus aigus, au point de faire songer un instant à une intervention chirurgicale.

Il y a là, à notre avis, non une question de constitution, mais une question d'âge, le système lymphoïde de l'intestin étant, dans la jeunesse, plus facilement et plus rapidement altérable que dans l'âge mûr. Or, la grande quantité de follicules clos que l'on trouve dans le cœcum, constitue pour cet organe une prédisposition fâcheuse à des altérations spéciales, qui vont de la simple hypertrophie des follicules, à des ulcérations plus ou moins profondes.

Quoi qu'il en soit, l'origine infectieuse cœcale des accidents nous semble ressortir encore plus nettement de l'exposé de cette observation, que de celui de l'observation précédente ; car, aux raisons invoquées en faveur de cette origine, et qu'il est inutile de rappeler, s'en ajoute une autre bien importante, tirée de la fâcheuse influence, plusieurs fois répétée, qu'a eue l'ingestion de la viande de porc, dans la double détermination d'accidents locaux dans l'intestin, et d'accidents éloignés, sous forme de congestion et d'hémorrhagie pulmonaire.

OBSERVATION XIII

Bronchite hyperhémique.

Le jeune C..., âgé de 8 ans, qui a le teint habituellement bilieux, est souvent constipé et sujet à des troubles gastro-intestinaux, qui s'accompagnent facilement d'une augmentation de volume du foie, et de poussées de congestion pulmonaire, avec toux spasmodique.

Le 22 mars 1900, il est pris plus violemment que de coutume de toux, d'abattement et de fièvre — 39°. — Depuis la veille, la langue est saburrale, et l'appétit est perdu. Pas d'envie de vomir, pas de diarrhée, plutôt de la constipation.

En arrière du thorax, il existe un peu de submatité générale, et l'auscultation révèle quelques râles sibilants disséminés à droite et à gauche.

A la base droite, les râles ont un caractère sous-crépitant. En outre, la perception du murmure respiratoire est moins nette et moins marquée que d'habitude, particulièrement en arrière et à droite, chez un enfant de cet âge.

Du côté du ventre, il existe du météorisme très bien circonscrit à la région du cœcum et du côlon ascendant, ainsi que du gargouillement non douloureux, dans la partie de la fosse iliaque voisine de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le foie déborde les fausses-côtes d'environ 2 centimètres ; il n'est pas douloureux à la palpation ; la rate n'a rien d'anormal ; les urines sont un peu colorées.

Prescription : 20 grammes d'huile de ricin sont administrés, et suivis, après effet, de l'application de cataplasmes émollients sur le ventre ; des cataplasmes sinapisés sont en outre appliqués sur les omoplates.

Le sulfate de quinine est donné pendant trois jours, à la dose de 0 gr. 25. Lait et bouillon de légumes.

Le 24 mars, nouvelle administration d'huile de ricin, à la dose de 10 grammes, suivie de selles copieuses et fétides.

A partir du 25 mars, pendant huit jours, l'enfant prend chaque matin 2 grammes de sulfate de soude ; il n'y a plus d'abattement.

Le 29 mars, la température est descendue à 37° 3. L'enfant n'a plus que quelques accès de toux sans violence dans la journée ; nuits bonnes ; la respiration est ample et nette partout à l'auscultation ; à peine encore quelques rares râles sibilants. Partout aussi la sonorité est normale.

A peine du météorisme, mais seulement encore un peu de gargouillement dans la fosse iliaque ; le foie ne déborde presque plus les fausses-côtes. Il n'y a jamais eu de taches rosées.

L'enfant prend depuis trois jours des soupes et des potages ; il est autorisé à y joindre des œufs et des purées de légumes.

Le 5 avril, la toux a disparu, le volume du foie est convenable ; plus de gargouillement ni de météorisme. La température du soir, comme celle du matin, est normale.

L'enfant a repris son entrain et manifeste beaucoup d'appétit.

Réflexions. — Bien que les troubles des voies respiratoires, relatés dans cette observation, semblent être les principales manifestations morbides, nous n'hésitons pas à attribuer une importance prépondérante aux symptômes abdominaux, au point de leur

accorder un rôle pathogénique dans la filiation des accidents thoraciques, soit qu'on rattache ceux-ci à une fièvre typhoïde avortée, ou plutôt à une typhlite latente.

Trop de signes ont manqué, à notre avis, pour accepter l'idée d'une fièvre typhoïde, même avortée. L'absence de prodromes, de diarrhée, d'épistaxis, d'augmentation de volume de la rate, de douleur de tête, de taches rosées ; le peu de durée de l'abattement, de la fièvre, et de la maladie dans son ensemble ; sont les principales raisons qui nous font écarter ce diagnostic.

Néanmoins, la localisation de certains symptômes qui appartiennent à la fièvre typhoïde, tels que le météorisme et le gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite, nous porte à admettre l'idée d'une maladie infectieuse de moindre envergure, trouvant dans la structure anatomique du cœcum, des éléments d'incubation et de culture, à peu près semblables à ceux que la fièvre typhoïde rencontre dans l'iléon.

Il n'est pas jusqu'à la bronchite à forme hyperhémique, qui est une manifestation fréquente du début d'une fièvre typhoïde, dont nous ne puissions invoquer l'existence, pour la rattacher, par analogie, à l'inflammation du cœcum.

Enfin, une dernière raison qui nous fait accepter ce diagnostic, est la répétition assez fréquente, chez notre jeune malade, d'accidents à peu près semblables, au cours desquels le foie, secondairement touché, nous a paru jouer un rôle aggravant d'intermé-

diaire négatif, entre les accidents toxi-infectieux du cœcum, et les accidents broncho-pulmonaires, par suite de l'insuffisance momentanée de ses fonctions anti-toxiques.

OBSERVATION XIV

Bronchite.

M. G..., 53 ans, originaire de l'Yonne, et d'apparence robuste, est porteur, depuis 15 ans, d'un goître assez volumineux, qui donne à son cou un périmètre de 46 centimètres. Ce goître offre une consistance parenchymateuse, et, développé surtout aux dépens du lobe latéral gauche du corps thyroïde, il ne semble pas avoir poussé de prolongements profonds, capables d'enserrer complètement la trachée. La compression bilatérale, que celle-ci peut surtout subir, ne gêne pas habituellement la respiration, et ne provoque pas de cornage. Le malade a seulement ce que l'on est convenu d'appeler la voix goîtreuse.

Il est employé depuis plusieurs années chez un marchand de vin, et y a pris des habitudes alcooliques.

Depuis quelque temps, il éprouve comme un sentiment de fièvre, tousses, a de la gêne pour respirer, et ne se sent pas en état de continuer son service.

A son entrée à l'hôpital d'Auteuil, le 5 mai 1904, l'auscultation fait constater, avec un peu de rudesse de la respiration, des râles sibilants, disséminés des deux côtés de la poitrine, en avant et en arrière. Rien de particulier à la percussion. Les crachats

sont assez abondants et muco-purulents. La toux est surtout fréquente la nuit, et empêche le sommeil.

Rien d'anormal à l'examen du cœur ; pas de palpitations.

La langue est nettement saburrale, l'appétit presque nul, la soif peu vive. Il n'y a pas de nausées.

Le ventre présente un météorisme très marqué, et très nettement circonscrit au niveau de la fosse iliaque droite, avec léger gargouillement, mais sans douleur.

Le foie déborde les fausses-côtes de deux grands travers de doigt, et n'est pas douloureux à la palpation ; rien d'anormal du côté de la rate ; pas d'abattement. Les urines sont légèrement albumineuses. Température rectale vespérale : 39°4.

Prescription : 30 grammes de sulfate de soude le premier jour, et 10 grammes les trois jours suivants ; bouillon et lait comme nourriture.

Badigeonnages de teinture d'iode pendant quelques jours, au niveau de la fosse iliaque.

Cinquante centigrammes de sulfate de quinine chaque après-midi, extrait thébaïque pour la nuit.

Le 10 mai, le malade tousse et crache moins ; les râles sont moins abondants.

Le météorisme de la fosse iliaque est moindre, il n'y a plus de gargouillement. Le foie a un peu diminué de volume.

La température vespérale a décru, et est descendue à 38°3. Celle du matin n'a guère varié ; elle est aussi de 38°3.

Le 14 mai, les râles continuent à diminuer, et le malade tousse de moins en moins ; sa langue est toujours assez saburrale.

Il prend deux jours de suite 0 gr. 25 de calomel.

Les applications de pointes de feu ont été substituées à la tein-

ture d'iode, comme révulsion au niveau du cœcum. Pas de taches rosées.

Continuation de la nourriture au lait et aux potages.

La température du matin et du soir est de 38° en moyenne.

Le 17 mai, le météorisme de la fosse iliaque a presque disparu, mais le foie déborde toujours les fausses-côtes.

Les crachats sont devenus rares, et la toux est maintenant insignifiante.

La langue présente encore quelques saburres.

Administration de 0 gr. 25 de quinine, chaque après-midi, et de 5 gr. de sulfate de soude chaque matin.

Le 21 mai, il n'existe plus de râles à l'auscultation, mais seulement un peu de rudesse de la respiration ; à peine deux ou trois crachats le matin.

La langue est à peu près normale, et le malade manifeste de l'appétit ; mais, en raison de la température qui est encore à 38°, et n'est descendue qu'une fois à 37°7, le régime alimentaire est maintenu au lait et aux potages.

Malgré sa température, le malade n'a jamais été déprimé, et il se lève quelques heures chaque jour depuis huit jours.

Le météorisme a complètement disparu au niveau de la fosse iliaque ; seule la régression du volume du foie est lente à se manifester. Des pointes de feu sont appliquées trois jours de suite à son niveau, et le calomel est de nouveau donné, à la dose de 0 gr. 05 tous les deux matins.

Le 26 mai, le malade ne tousse plus, se lève, mange soupes, potages, œufs et purées de légumes. Le ventre est souple, sans météorisme, les selles normales, les urines contiennent à peine quelques traces d'albumine. Le foie a son volume normal, et n'est pas sensible à la palpation ; et cependant, la tempé-

rature du matin et du soir oscille entre 38°3 et 38°5, sans qu'on puisse invoquer une erreur provenant d'un thermomètre défectueux, ou de la supercherie du malade.

La cryogénine est prescrite trois jours de suite, à la dose journalière de 0 gr. 75 ; mais au lieu de baisser, la température monte rapidement, et atteint 39°9 le soir du 24 mai, trois heures après l'administration de la deuxième dose.

Le 28 mai, au matin, la température est revenue à 38°4.

L'examen des organes abdominaux et thoraciques est aussi favorable qu'il y a deux jours ; le pouls est à 80 ; le goître n'est pas douloureux, n'a pas augmenté de volume, et ne présente aucun signe de fluctuation superficielle ou profonde.

Le malade demande à sortir, refusant de se soumettre à l'opothérapie thyroïdienne qui lui est proposée.

Réflexions. — Quelque incomplète que soit cette observation, puisque le malade avait encore une notable hyperthermie en quittant l'hôpital, nous avons pensé qu'elle était particulièrement instructive, et pouvait servir à la défense de nos idées.

En dehors du goître sur lequel nous reviendrons, deux manifestations morbides apparaissent surtout dans cette observation : la bronchite et la fièvre, ou plutôt l'hyperthermie.

Au début, et tant que les signes de bronchite ont été assez aigus, on pouvait voir dans cette affection un facteur sérieux de l'hyperthermie. Il n'en a plus été de même après la disparition de ces symptômes, et l'on a pu alors considérer à bon droit la bronchite, comme une complication, un épiphénomène d'une autre affection.

Si l'on tient compte que les seuls signes objectifs de troubles abdominaux observés chez le malade, sont restés localisés au niveau de la fosse iliaque droite, sous forme de météorisme et de gargouillement, et à la région du foie, sous forme d'augmentation de volume de cet organe ; que ces divers symptômes ont suivi une marche régressive parallèle à celle de la bronchite, et ont, en définitive, disparu avec celle-ci ; il est difficile après les considérations que nous avons déjà fait valoir ailleurs, de ne pas établir un lien pathogénique entre les deux ordres de troubles morbides, et de ne pas attribuer l'évolution de la bronchite à l'action à distance d'un foyer toxi-infectieux du tube digestif, action élective assez explicable par la gêne respiratoire habituelle, occasionnée par le goître.

Or, en raison de la localisation à la fosse iliaque droite des troubles objectifs observés, nous ne pouvons guère songer qu'à une entérite typhoïde ou à une typhlite.

Mais les raisons qui nous ont fait écarter le diagnostic de fièvre typhoïde dans l'observation précédente, peuvent, malgré la persistance de l'hyperthermie, sur laquelle nous allons revenir, être invoquées ici ; de sorte que la pensée d'une typhlite, au moins comme affection dominante, se confirme par exclusion.

Une question néanmoins se pose : Si la typhlite, par ses agents toxi-infectieux, a joué un rôle pathogénique dans l'évolution de la bronchite, convient-il

de voir également en elle, la cause de la fièvre qui a persisté après la guérison de la bronchite, et après la disparition de tout trouble objectif abdominal ? Ne pourrait-on pas trouver, au contraire, dans l'existence du goître, une meilleure explication de l'hyperthermie ?

Quoiqu'aucun symptôme douloureux n'ait jamais été observé chez notre malade, du côté du goître, la pensée d'une strumite suppurée, à marche lente et insidieuse, pourrait, à la rigueur, être mise en avant. Mais il est bien difficile d'admettre cette hypothèse, étant donné les examens attentifs et répétés, qui ont été pratiqués sur la glande thyroïdienne hypertrophiée, et qui n'ont pas fait découvrir la moindre trace d'un foyer en voie de suppuration.

Le foie pourrait-il être mis en cause ?

Sans doute, cet organe hypertrophié a pu jouer un rôle dans la persistance de la fièvre ; mais le retour de son volume à l'état normal, l'absence de douleurs à son niveau, et de troubles fonctionnels marqués, doivent plutôt le faire considérer comme n'ayant exercé sur l'hyperthermie qu'une influence secondaire.

Nous serions plutôt incliné à penser qu'une certaine suppléance de la fonction thyroïdienne, devenue insuffisante, a pu être dévolue aux follicules clos de l'iléon et du cœcum, et que ceux-ci, après une poussée intercurrente plus aiguë, dont la bronchite, le météorisme cœcal et l'hypertrophie du foie ont été les principales manifestations, ont continué à tra-

duire, par une élévation de température, le surcroît de fonction qui leur a été imposé.

Il est regrettable que l'opothérapie n'ait pu être pratiquée ; elle eût contribué à élucider ce point très intéressant de thermogénèse.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de cette étude, si nous cherchons dans un examen rétrospectif, à rassembler les considérations cliniques diverses, auxquelles peuvent donner lieu les observations que nous venons de commenter, il nous semble que nous pouvons résumer ainsi nos idées :

Toutes les causes susceptibles d'exalter la vitalité des germes, qui vivent à l'état normal dans le cœcum, comme par exemple : l'alimentation et les boissons excitantes, l'ingestion d'aliments avariés, les troubles digestifs, le séjour prolongé de matières alimentaires dans la première partie du gros intestin, etc. ; ces causes, disons-nous, sont capables, par cela même, de déterminer dans l'organe cœcal une véritable inflammation, caractérisée par des troubles trophiques, et une hyperhémie exsudative.

Cette inflammation trouve en outre une explication de sa fréquence, dans la structure anatomique et le rôle physiologique du cœcum.

D'une part, l'asepsie des conduits glandulaires de

Lieberkühn est plus menacée dans le cœcum, malgré la longueur qu'ils y acquièrent, que dans l'intestin grêle. La raison en est dans le séjour plus ou moins prolongé, à ce niveau, d'une bouillie alimentaire souvent mal élaborée, et composée parfois de résidus indigestes, tels que : tendons, ligaments, etc ;

D'autre part, les follicules clos, dont la physiologie est encore assez obscure, mais auxquels on peut attribuer une fonction intime dans la genèse des globules blancs, sont souvent exposés, pour les raisons qui viennent d'être citées, à une suractivité fonctionnelle, qui n'est pas sans danger. L'hypertrophie dont ils sont souvent alors le siège, de même que leur ulcération consécutive, puisent dans cette sorte de surmenage une explication assez plausible.

L'invasion des glandes tubuleuses du cœcum par un ou plusieurs représentants de la flore microbienne de l'intestin, jette le trouble dans la nutrition des épithéliums glandulaires et des cellules mucipares, et la sécrétion qui en résulte devient un excellent milieu de culture, pour la pullulation et l'exaltation vitale des microbes de la région.

Ces conditions se trouvent singulièrement favorisées, dans le cas d'ulcération des follicules clos, du fait de la pénétration facile des microbes dans l'intérieur des follicules.

Le milieu morbide ainsi constitué peut, selon les cas, rester assez longtemps le foyer d'une sorte de microbisme latent, ou devenir accidentellement toxinfectieux, par suite de la propriété virulente qu'ac-

quièrent, en se transformant, un ou plusieurs microbes, le *bacillus coli communis* en particulier.

Dans les formes latentes de la typhlite, la réaction lente provoquée par les agents toxi-infectieux ainsi développés, peut rester plus ou moins longtemps localisée au cœcum. Tantôt alors les phénomènes objectifs et subjectifs sont nuls ; tantôt ils se manifestent par un météorisme persistant de la fosse iliaque droite, avec ou sans gargouillement.

D'autres fois, cette réaction donne lieu à des manifestations, qui dépassent la région du cœcum, et s'étendent à des organes éloignés ; elle peut même devenir générale, sous forme de fièvre et de dépression des forces, avec état septicémique plus ou moins marqué. Pour cela, les agents toxi-infectieux, ou seulement leurs toxines, doivent pénétrer par la circulation dans l'organisme.

Les manifestations infectieuses à distance de la typhlite latente, en dehors des symptômes locaux et fonctionnels qui leur sont propres, peuvent ne révéler leur origine cœcale que par du météorisme, circonscrit à la fosse iliaque droite, et au flanc du même côté.

Ce météorisme a d'ordinaire une durée en rapport avec la persistance des accidents infectieux eux-mêmes.

Dans quelques cas, il peut s'accompagner de fétidité des selles, d'un peu de gargouillement, et d'une légère douleur à la pression ; mais l'existence de ces

derniers signes n'est pas indispensable pour établir le diagnostic de typhlite.

Quand le météorisme est étendu dès le début à tout l'abdomen, le retrait graduel de ce météorisme, et sa localisation à la fosse iliaque droite, pendant le reste de la durée des accidents infectieux, tout en autorisant à croire à des foyers infectieux multiples du tube digestif, doivent faire regarder le cœcum comme étant le principal foyer.

Bien que localisés dès le début à la fosse iliaque droite, sous forme de météorisme circonscrit, les phénomènes réactionnels abdominaux n'excluent pas la possibilité d'existence de foyers toxi-infectieux, ailleurs que dans le cœcum, ils témoignent seulement de leur plus grande malignité dans cet organe.

L'insuffisance de la fonction anti-toxique du foie est une circonstance aggravante de la toxi-infection émanant du cœcum.

Les organes atteints par la toxi-infection cœcale sont de préférence ceux qui offrent une moindre résistance, soit du fait d'une constitution spéciale, soit accidentellement, soit encore par une influence réflexe métamérique.

On nous permettra de terminer par une considération qui se rattache à notre sujet, bien qu'elle ne s'appuie directement sur aucune des observations que nous avons produites. Ce faisant, nous ne croirons pas sortir de la réserve que nous nous sommes imposée au début de ce travail, en ce qui touche la

distinction entre la typhlite et l'appendicite, lorsque les symptômes ont pris un caractère aigu.

Ce que nous avons à dire, en effet, ne s'applique qu'aux premières phases de l'évolution de la typhlite, alors que les signes en sont encore peu marqués.

Si l'on tient compte de la structure anatomique de l'appendice cœcal, où les follicules clos forment une couche presque continue sur la muqueuse, au point de ressembler à une large plaque de Peyer, on s'expliquera la facilité avec laquelle les produits plus ou moins pathogènes, que nous avons signalés dans le cœcum, pourront, en se propageant à l'appendice, y provoquer l'hypertrophie et l'ulcération des follicules.

Les glandes de Lieberkühn, également nombreuses dans l'appendice, peuvent avoir leurs conduits envahis par des germes venus du cœcum, qui y créent un véritable microbisme latent. La sécrétion troublée, dont ces glandes sont alors le siège, devient, avec les ulcérations folliculaires, un milieu de culture favorable à la pullulation et à la transformation des agents microbiens.

Dans ces conditions, pour peu que ses parois se gonflent et se déforment, l'appendice aura d'autant plus de difficultés à se libérer intégralement de ses produits de sécrétion, et il suffira du maintien prolongé d'un régime défectueux, ou seulement d'une mauvaise digestion, d'un surmenage, ou d'un refroidissement, pour transformer l'organe en foyer infectieux, précipiter les accidents, provoquer la suppuration et la rupture de l'appendice.

Nous pensons, pour notre part, que beaucoup d'appendicites pourraient être prévenues, si l'on s'attachait à dépister certaines typhlites à forme latente, accompagnées ou non d'accidents infectieux à distance, et à les traiter par un régime convenable.

Nous croirons en tous cas avoir fait œuvre utile, si, même sans avoir entraîné la conviction, nous avons pu contribuer à fixer l'attention sur des signes aussi vulgaires que ceux que nous regardons comme révélateurs de la typhlite infectante à forme larvée.

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu : le Président de la thèse

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION. — Division du sujet.	7
1 ^o Accidents rhumatismaux et névralgiques	11
Rhumatisme deltoïdien	11
Névralgie lombaire	17
Pleurodynie	23
Névralgie périarticulaire	26
2 ^o Troubles inflammatoires et congestifs du foie	29
Cholécystite	29
Congestion hépatique.	34
Congestion hépatique.	37
3 ^o Accidents céphalalgiques accompagnés ou non de fièvre.	41
Céphalée arthritique.	41
Céphalée hystérique.	46
Céphalalgie fébrile au cours d'une typhlite	49
4 ^o Troubles des voies respiratoires	53
Congestion pulmonaire	53
Congestion et hémorrhagie pulmonaires	58
Bronchite hyperhémique.	62
Bronchite	65
CONCLUSION	73

